

AUFHEBUNGSVERTRAG FÜR SCHWERBEHINDERTE

Ort : _____ Datum : _____

Angaben zum Arbeitnehmer :

Vor- und Nachname : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum : _____

Schwerbehindertenausweis-Nr. : _____

Angaben zum Arbeitgeber :

Firma / Name : _____

Anschrift : _____

Vertreten durch : _____

Vertragsbeendigung :

Die Parteien heben das zwischen ihnen bestehende Arbeitsverhältnis zum gegenseitigen Einvernehmen auf. Der Arbeitnehmer ist schwerbehindert im Sinne des Sozialgesetzbuches IX.

Datum der Beendigung : _____

Abfindung :

Der Arbeitnehmer erhält eine Abfindung in Höhe von EUR _____. Diese Abfindung gilt als endgültige Erledigung aller Ansprüche aus dem Arbeitsverhältnis.

Zeugnis :

Der Arbeitgeber stellt dem Arbeitnehmer ein wohlwollendes qualifiziertes Arbeitszeugnis aus.

Sonstige Vereinbarungen :

Weitere Vereinbarungen bedürfen der Schriftform. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

Schlussbestimmungen :

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden, so bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen unberührt. Gerichtsstand ist, soweit gesetzlich zulässig, der Sitz des Arbeitgebers.

UNTERSCHRIFT ARBEITNEHMER

UNTERSCHRIFT ARBEITGEBER

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentfertig.com/aufhebungsvertrag-schwerbehinderter-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentfertig.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.